

## Anamnese – Fragebogen

Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie den Fragebogen so genau wie möglich aus und bringen ihn zum ersten Termin mit.

Vorname	Nachname
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort
Telefon	Handy
Email	Fax
Geburtsdatum	Geburtsort
Geburtszeit	Blutgruppe
Körpergröße	Gewicht
Beruf	

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie?**

Geben Sie den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0 bis 10 an und ordnen Sie nach ihrer Wichtigkeit.

- |    |       |             |                   |
|----|-------|-------------|-------------------|
| 1. | _____ | seit: _____ | Intensität: _____ |
| 2. | _____ | seit: _____ | Intensität: _____ |
| 3. | _____ | seit: _____ | Intensität: _____ |
| 4. | _____ | seit: _____ | Intensität: _____ |
| 5. | _____ | seit: _____ | Intensität: _____ |
| 6. | _____ | seit: _____ | Intensität: _____ |
| 7. | _____ | seit: _____ | Intensität: _____ |
| 8. | _____ | seit: _____ | Intensität: _____ |

**Gab es vor dem Auftreten der Beschwerden besonderer Vorkommnisse?**

0 Erkrankung, 0 Operation, 0 Kummer, 0 Trauer, 0 Schreck,  
0 Hautauschläge, 0 Antibiotikabehandlungen, 0 Unfall

Anderes: \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?** (Sollte der Platz nicht reichen, bitte Rückseite verwenden)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Was erwarten Sie von meiner Behandlung?**

\_\_\_\_\_

**Chronologische Krankengeschichte:**

Bitte führen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen auf, die Sie durchgemacht haben: (Sollte der Platz nicht reichen, bitte Rückseite verwenden)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Familienanamnese:

**Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?**

0 Bluthochdruck, 0 Allergien, 0 Asthma, 0 Rheuma, 0 Krebs,  
0 Schilddrüsenerkrankungen, 0 Diabetes mellitus, 0 Neurodermitis,  
0 Gicht, 0 Nieren/Gallensteine, 0 Depressionen, 0 Hormonelle  
Erkrankungen, 0 Schlaganfall/ Herzinfarkt  
0 Andere? \_\_\_\_\_

**Gab es nach Impfungen Reaktionen?**

0 Fieber, 0 Krämpfe, 0 Unruhe, 0 Schlaflosigkeit,  
0 Verhaltensveränderungen 0 nein

**Haben Sie Narben?**

Wenn ja, dann wo? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Infektionskrankheiten durchgemacht?**

0 Windpocken, 0 Mumps, 0 Salmonellen, 0 Borreliose, 0 Röteln  
0 Pfeiffersches Drüsenfieber, 0 Malaria, 0 Tropenkrankheiten  
Andere: \_\_\_\_\_

**Ernährung:**

Weil viel Liter trinken Sie täglich? \_\_\_\_\_

Was trinken Sie? \_\_\_\_\_

**Welche Nahrungsmittel essen Sie?**

0 Milchprodukte, 0 Weißmehlprodukte, 0 Eier, 0 Nüsse, 0 Obst,  
0 Süßigkeiten/ Zucker, 0 Obst, 0 Gemüse

**Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?**

---

---

**Haben Sie Allergien auf Nahrungsmittel?**

Auf welche Lebensmittel: \_\_\_\_\_

Wie äußert sich das? \_\_\_\_\_

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**

---

---

**Leiden Sie unter Schlafproblemen:**

0 Einschlafstörungen,  
0 Durchschlafstörungen: (wann und wie oft wach) \_\_\_\_\_  
0 Unruhe in den Beinen  
0 Nachtschweiß  
0 Zähneknirschen  
0 lebhafte Träume

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen:**

0 häufig 0 selten 0 nie  
0 Migräne  
0 Kopfschmerzen nach Rot-/ Weißwein  
0 Spannungskopfschmerz  
0 dumpf, wie Watte im Kopf  
0 Menstruationskopfschmerz  
0 wetterbedingter Kopfschmerz  
0 anderer Auslöser: \_\_\_\_\_  
Was verbessert? \_\_\_\_\_  
Was verschlechtert? \_\_\_\_\_

**Haare:**

Haarausfall: 0 kreisrund, 0 diffus/stark, 0 vereinzelt, (seit wann: \_\_\_\_\_)  
0 dünne Haare, 0 strohige Haare, 0 früh ergraut  
0 verstärkte Gesichtsbehaarung, 0

**Augen:**

0 oft Bindehautentzündung, 0 Maculadegeneration, 0 grüner Star,  
0 grauer Star, andere Erkrankung: \_\_\_\_\_  
0 Brillenträger, 0 trockene Augen, 0 Lichtempfindlichkeit  
Probleme verstärkt: 0 rechts 0 links

**Ohren** (auch als Kind schon gehabt)

0 Ohrenschmerzen, 0 Ohrgeräusche, 0 Ohrendruck, 0 schwerhörig  
Probleme verstärkt: 0 rechts 0 links

**Zähne/Kiefer:**

0 Wurzelkanal behandelte Zähne, 0 Tote Zähne, 0 Amalgamfüllungen  
0 Parodontose  
(wurden Amalgamfüllungen entfernt? 0 mit Ausleitung, 0 ohne Ausleitung)

**Nase:**

0 häufig Nebenhöhlenentzündungen, 0 Schnarchen,  
0 trockene Schleimhäute

0 Allergien (Heuschnupfen) Anderes: \_\_\_\_\_  
0 Absonderungen: 0 wässrig, 0 schleimig, 0 eitrig, 0 grünlich

**Schilddrüse:**

0 Unterfunktion, 0 Überfunktion, 0 Hashimoto, 0 Morbus Basedow  
0 heißer Knoten, 0 kalter Knoten, 0 autonomes Adenom, 0 Krebs  
0 OP(Schilddrüsenentfernung) ,0 Radio Jod Bestrahlungstherapie  
0 Körpertemperatur niedrig (unter 36.2) 0 hoch (über 37.3)

**Mandeln:**

0 oft Mandelentzündungen, 0 als Kind, 0 heute, OP (wann: \_\_\_\_\_)

**Herz/ Gefäße:**

0 Beschwerden, 0 Herzrasen, 0 Herzklopfen, 0 Herzinfarkt,  
0 Rhythmusstörungen, 0 Durchblutungsstörungen  
0 Neigung zu blauen Flecken  
Bluthochdruck 0 zu niedrig, 0 zu hoch,  
0 Wassereinlagerungen, Ödeme  
0 Krampfadern, 0 Venenschwäche, 0 Thrombose  
Anderes: \_\_\_\_\_

**Lunge:**

0 Bronchitis, 0 häufig Husten, 0 Atemnot  
Anderes: \_\_\_\_\_

**Leber:**

0 Entzündung, 0 Hepatitis, 0 Hohe Cholesterin- oder Leberwerte  
Anderes: \_\_\_\_\_

**Galle:**

0 Steine, 0 Entfernung, 0 Koliken, 0 Fettunverträglichkeit  
Anderes: \_\_\_\_\_

**Magen/ Bauchspeicheldrüse:**

0 Gastritis, 0 Völlegefühl, 0 Appetitlosigkeit, 0 Aufstoßen,  
0 Diabetes mellitus, 0 Bauchspeicheldrüsenentzündung  
0 Reflux / Sodbrennen, 0 Nahrungsmittelintoleranzen  
Anderes: \_\_\_\_\_

**Darm:**

0 Blähungen (mit Geruch nach: \_\_\_\_\_)  
0 Durchfall, 0 Verstopfung, 0 Hämorrhoiden, 0 Colitis, 0 Morbus Crohn  
0 Blinddarm OP  
Anderes: \_\_\_\_\_

**Blase/Niere:**

0 Blasenentzündung ( 0 oft, 0 als Kind, 0 mit Antibiotika)  
0 Nierensteine, 0 Inkontinenz  
Anderes: \_\_\_\_\_

**Bewegungsapparat:**

0 Rheuma, 0 Fibromyalgie, 0 Osteoporose, 0 allg. Schmerzen, 0 Zittern

**Nacken:**

0 Schmerzen, 0 Verspannungen, 0 Verhärtungen

**Rücken:**

0 Schmerzen, 0 Ischias, 0 Bandscheibenvorfälle, 0 Verspannung

**Beine/ Füße:**

0 Schmerzen, 0 Krampfadern, 0 Kribbeln, 0 Hallux valgus, 0  
Fersensporen, 0 kalte Füße

**Arme:**

0 Tennisarm, 0 Karpaltunnelsyndrom, 0 Kribbeln, 0 kalte Hände

Anderes: \_\_\_\_\_

**Haut/Nägel:**

0 Blasse Haut, 0 Trockene Haut, 0 Ekzeme 0 Viele Muttermale  
0 Verbrennungen, 0 Narben, 0 Juckreiz: wo \_\_\_\_\_  
0 Warzen, 0 Pilze, 0 Nagelbettentzündungen

Anderes: \_\_\_\_\_

**Psyche:**

0 Ängste, 0 Unruhe/ Ungeduld, 0 Nervosität, 0 Panikattacken,  
0 Zwänge, 0 Wutausbrüche, 0 mangelnde Belastbarkeit,  
0 Schreckhaftigkeit, 0 Traumatisches Erlebnis  
0 Burnout, 0 Depressionen, 0 Kummer, 0 Sorgen,  
0 Konzentrationsschwäche, 0 ADS, 0 ADHS  
0 mangelndes Selbstbewusstsein

Anderes: \_\_\_\_\_

**Brust:**

0 Schmerzen, 0 Überempfindlichkeit, 0 Operationen, 0 Knoten, 0 Krebs

Anderes: \_\_\_\_\_

**Gynäkologisch:**

Wann war die erste Menses: \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Menses: \_\_\_\_\_

0 Schmerzen, 0 Eierstockentzündung, 0 Tumore, 0 Myome, 0 Zysten,  
0 Geschlechtskrankheiten, 0 PMS, 0 Trockene Schleimhäute,  
0 Zyklusstörungen, 0 Endometriose, 0 PCO Syndrom

Anzahl der Geburten: \_\_\_\_\_

0 Fehlgeburten

0 Schwangerschaftsabbrüche

0 unerfüllter Kinderwunsch

0 Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, 0 Verminderte Sexualität,

0 Verstärkte Sexualität

Wechseljahrsbeschwerden:

welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anderes: \_\_\_\_\_

**Blutungen:**

0 regelmäßig, 0 unregelmäßig, 0 stark, 0 schwach, 0 keine mehr,

0 schmerzhaft

Anderes: \_\_\_\_\_

**Männer:**

Prostata:

0 vergrößert, 0 Entzündung, 0 Beschwerden beim Wasserlassen,

0 Krebs, 0 Entfernung (OP)

0 Potenzstörungen, 0 Libidoschwäche, 0 Schmerzen beim  
Geschlechtsverkehr

Anderes: \_\_\_\_\_



**Allgemein:**

- 0 Erschöpfung, 0 Schwäche, 0 Energielosigkeit,
- 0 Müdigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis
- 0 allg. Schmerzen, 0 ständiges frieren 0 blasse, trockene Haut
- 0 Bindegewebsschwäche,
- 0 Grippe Symptome ohne Grippe, 0 Immunschwäche/ häufig Infekte
- 0 Vermehrtes Schwitzen,
- 0 Gewichtsverlust, 0 Gewichtszunahme, 0 Appetitlosigkeit,
- 0 Heißhunger
- 0 Kloßgefühl in der Kehle, 0 Schluckbeschwerden
- 0 häufig Antibiotika
- 0 keine Lust auf Sport
- 0 Schichtdienst
- 0 Pflege von Angehörigen

Anderes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mühe  
Veronika Guth